

Antrag auf dynamische Unfallversicherung NV Unfallmax. 5.0 bessergrün



E-Mail: info@nv-online.de | Fax: 0 49 74 / 93 93 - 494

Antragsteller

Frau Herr Eheleute Divers

Neu Änderung Ausschluss Dynamik

 Nachname	 Mitglied-Nr.
 Vorname	 Versicherungsbeginn (mittags, 12:00 Uhr)
 Straße, Haus-Nr.	 Telefon
 Postleitzahl, Wohnort	 E-Mail
 Beruf, Branche	 Geburtsdatum

Vertragsdauer: Beträgt die Dauer mindestens 1 Jahr, so verlängert sich der Vertrag stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn er nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird.

Nr.	Versicherte Person Vorname, Name	Geburtsdatum*	Beruf	Gefahrengruppe A/B/K	Weitere Unfall- versicherungen	Gesellschaft	Policennummer
1					Ja Nein		
2					Ja Nein		
3					Ja Nein		
4					Ja Nein		
5					Ja Nein		

*bei Neuabschluss für Personen ab Vollendung des 67 Lebensjahres muss der Seniorentarif gewählt werden

Versicherungssummen und Leistungen/Beiträge

Versicherte Person*** Nummer	1	2	3	4	5
Invaliditätssumme Euro					
Progression %					
Vollinvaliditätssumme Euro					
Todesfallsumme Euro					
KHT+GG Euro					
Übergangsleistung Euro					
Unfallrente Euro					
Rehabilitations-Paket inkl. Assistance-Paket					
Landwirt- und Winzerrabatt - 25 % *					
Zuschlag Altersstaffelung					
Familienrabatt** - 10%					
Nettobeitrag Euro					
Nettobeitrag für alle Personen Euro	*gilt nur für die versicherten Personen, welche die Berufe Landwirt oder Winzer ausüben ** Ab 2 Personen darf ein Rabatt in Höhe von 10 % auf den Gesamtbeitrag gewährt werden *** Es kann kein Versicherungsschutz für Personen geboten werden, die sich in Pflegegrad 3 bis 5 befinden				

Folgende Leistungen gelten ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland: Das Rehabilitationspaket, das Assistance-Paket und das Paket für Pflegeberatung und Pflegegradoptimierung

Der Mitwirkungsverzicht gilt **nicht** für versicherte Personen mit folgenden Vorerkrankungen:

- Multiple Sklerose
- Parkinson
- Glasknochenkrankheit

Bezugsberechtigt im Todesfall des Versicherungsnehmers

Name

Vorname

Geburtsdatum

Einteilung der Gefahrengruppen:

Gefahrengruppe A:

Alle Personen mit Berufen, die nicht in der Liste der Berufe der „Gefahrengruppe B“ und der „Gefahrengruppe C“ aufgeführt sind, werden in die Gefahrengruppe A eingestuft.

Gefahrengruppe B:

Alle Personen mit Berufen, die in der Liste der „Gefahrengruppe B“ aufgeführt sind. Versicherte Personen, die den Beruf **Landwirt oder Winzer** ausüben, erhalten einen **Rabatt von 25%**.

Gefahrengruppe K:

Alle Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Die Zuordnung gilt bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat. Danach erfolgt die Einstufung in die seiner Beschäftigung gemäßen Gefahrengruppe. Bei nicht versicherbarem Risiko endet der Vertrag. Ein evtl. erhobener Beitrag wird erstattet.

Gefahrengruppe C: nicht versicherbar:

Abrissshelfer, Artisten/Akrobaten, Atomtechniker/Atomphysiker, Berg-/Minenarbeiter, Bergführer, Berufe im Umgang mit explosiven Stoffen, Berufssoldat, Berufstaucher, Berufs-/ Vertrags- und Lizenzsportler, Besatzungen von Ölplattformen, Beschäftigte im Zusammenhang mit Atomrisiken, Bewachungspersonal im Personenschutz, Brückenbauer, Dachdecker (Flachdachdecker, Reetdachdecker, Schieferdecker, Ziegeldecker), Feuerungs- u. Schornsteinbauer, Feuerwerker/Pyrotechniker, Figuranten, Flugbegleiter/-lehrer, Flugzeugbesatzungen/Drachenflieger, Fußballtrainer/-lehrer, Gerüstbauer, Grubenschlosser, Kaminbauer, Kerntechniker/Kernphysiker, Kopfschlächter, Personenschutzfachkräfte, Pilot, Schachtbauer/-meister, Schornsteinfeger, Sprengmeister/-helfer, Steiger, Stuntmen, Such- u. Räumungspersonal für Munition/explosive Stoffe, Tierbändiger, Tierlehrer/-pfleger

Zahlungsweise (Bei nicht jährlicher Zahlweise beachten Sie bitte die Mindestrate von 5 Euro brutto)

Rechnung

SEPA-Lastschriftmandat

jährlich

1/2-jährlich

(3% Zuschlag, 12,75%*)

1/4-jährlich

(5% Zuschlag, 14,10%*)

monatlich

(6% Zuschlag, 13,73%*, nur per Lastschrift möglich)

Geldinstitut

BIC des Kreditinstituts/ Zahlungsdienstleisters (8 oder 11 Stellen)

D E

IBAN

Name, Vorname des Kontoinhabers

Unterschrift Kontoinhaber

*effektiver Jahreszins

Geschäftspartner:

Vermittlernummer

Nettobeitrag

(gemäß Zahlweise inkl. Zuschlag)

Euro

+ 19 %Versicherungssteuer

Euro

Bruttobeitrag

(laut Zahlweise)

Euro

(Mindestrate 5 Euro)

Hatten Sie bisher eine Unfallversicherung?

Vorversicherer (inkl. Policennummer)

gekündigt durch

Ja

Versicherungsnehmer

Nein

Versicherer

Gab es Vorschäden in den letzten 5 Jahren?

Ja

Nein |

|

Notizen

Ich möchte künftig von wichtigen Informationen profitieren

Telefon

Ja

Nein

Brief

Ja

Nein

E-Mail

Ja

Nein

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die von mir angegebenen personenbezogenen Daten ausschließlich durch die NV-Versicherungen VVaG zu Zwecken der an mich gerichteten Werbung zu aktuellen Tarifen und Neuerungen gemäß den Bestimmungen der Datenschutzverordnung (DSGVO) erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden können. Die Kontaktaufnahme mit mir kann wie vorstehend ausgewählt erfolgen. Ich kann der Nutzung meiner Daten zu Werbezwecken durch die NV-Versicherungen VVaG jederzeit telefonisch unter 0 49 74 / 93 93 - 0, schriftlich an Ostfriesenstr.1, 26425 Neuaharlingersiel oder per Mail an info@nv-online.de widersprechen.

Es gelten für die Unfallversicherung folgende Versicherungsbedingungen:

Allgemeine Unfallbedingungen AVB NV Unfallmax. 5.0 bessergrün - Stand 12/2023

Mit dem Antrag habe ich die Verbraucherinformation 05/2023 erhalten, zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit dem Inhalt einverstanden. In dieser Anlage habe ich wichtige Informationen für den Vertrag erhalten. Alle weiteren Vertragsgrundlagen wie Satzung der NV, Versicherungsbedingungen, Produktinformationsblatt (IPID), Widerrufsbelehrung und Anschrift der Aufsichtsbehörde als zuständige Beschwerdestelle oder Ombudsmann habe ich ebenfalls erhalten oder werde diese mit Zusendung des Versicherungsscheins erhalten.

Ort, Datum

Vermittler

Antragsteller

Das Angebot wurde erstellt am:

Angebotsnummer:

Rechtsform: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG)

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. jur. Frank Lühring

Vorstand: Holger Keck (Vorsitzender), Henning Bernau

Sitz: Neuaharlingersiel (Ostfriesland) • **Registergericht:** Aurich HRB 1534

Gläubiger-Identifikationsnummer DE 80 ZZZ 00000 124 047

Anschrift des Versicherers:

NV-Versicherungen VVaG

Ostfriesenstraße 1

26425 Neuaharlingersiel

Telefon: 0 49 74 / 93 93 - 0

Fax: 0 49 74 / 93 93 - 499

Internet: www.nv-online.de

E-Mail: info@nv-online.de

Schweigepflichtentbindungserklärung

Wichtige Hinweise

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die NV daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigt die NV ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der NV unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- a) durch die NV selbst (unter 1.),
- b) bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der NV (unter 2.)
- c) und wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die NV

Ich willige ein, dass die NV die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der NV

Die NV verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

2.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die NV führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, in Teilen nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die NV Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die NV führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die NV erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann bei der NV angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die NV Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die NV meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die NV dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die NV Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer

Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die NV Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die NV aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die NV das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von der Rückversicherung nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an eine Rückversicherung werden Sie durch die NV unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die NV tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die NV gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die NV meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die NV Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass die NV meine Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt, für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Die Hinweise zur Schweigepflichtentbindung habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

Datum

Unterschrift